

AUTORISATIONS

Règlement intérieur

Je soussigné(e).....

demeurant

☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur

Autorisation de publication de photographies

☐ J'autorise la publication sur l'ensemble des supports de communication de la ville de Fouesnant-les-Gléan existants ou à créer et dans le cadre des opérations de communication de la ville de Fouesnant de la (des) photographie(s) réalisée(s) représentant mon enfant mineur :

☐ Je n'autorise pas la publication

Nom : Prénom :

Fait le..... à

(Signature des représentants légaux)



NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE/...../.....

Fiche sanitaire de liaison

ALSH

**Accueil de Loisirs Sans Hébergement
& Accueil périscolaire**

PIÈCES À FOURNIR

- ☐ **Fiche sanitaire remplie**
- ☐ **Pages de vaccination (carnet de santé)**
- ☐ **Attestation responsabilité civile * (voir santé)**
- ☐ **PAI + Ordonnance**



Enfance/Jeunesse **02 98 94 43 74** enfance-jeunesse@ville-fouesnant.fr

Mairie de Fouesnant - Place du Général de Gaulle - CS 31073 - 29170 Fouesnant - 02 98 51 62 62
contact@ville-fouesnant.fr www.ville-fouesnant.fr

FAMILLE

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom Prénom.....
Adresse
Ville Code Postal
Tél. domicile Tél. portable
Courriel@.....
Nom de l'employeur Profession

COORDONNÉES DU CONJOINT

Nom Prénom.....
Adresse
Ville Code Postal
Tél. domicile Tél. portable
Courriel@.....
Nom de l'employeur Profession
Tél. professionnel

AUTRES PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom / Prénom Ville
Tél. domicile Tél. portable

Nom / Prénom Ville
Tél. domicile Tél. portable

SANTÉ

Données
obligatoires
pour valider
l'inscription de
votre enfant

N° de sécurité sociale :
Médecin traitant : Tél. :

***Attestation responsabilité civile** (Art L227-5 du CASF) » Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent. »

• ALLERGIES ☐ OUI ☐ NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler, joindre l'ordonnance)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

• Antécédents convulsions hyperthermiques ☐ OUI ☐ NON

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses dentaires, etc. ?) Merci de préciser.....

• AUTORISATION DE SOINS URGENTS

J'autorise le Directeur de la structure à faire procéder à toute intervention médicale et chirurgicale urgente que nécessiterait éventuellement l'état de santé de mon enfant.

Le Signatures des représentants légaux

• DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare les renseignements ci-dessus conformes à la réalité et m'engage à prévenir de tout changement de situation familiale.

Le Signatures des représentants légaux